

Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät

EIJA GRÖNROOS – MARJA-LEENA PERÄLÄ

Kotihoidon työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen on kohdistunut lisääntyvästi haasteita. Työntekijöiden ikääntyminen vaatii jatkuvaa ammattitaidon ajantasaistamista. Kotihoidon uusien tietoteknisten työskentelytapojen ja välineiden käyttöönotto on lisännyt koulutuksen tarvetta varsinkin iäkkäämmillä kotihoidon työntekijöillä. Henkilöstön taito- ja valmiustaso ovat yhteydessä asiakkaiden saamien palveluiden laatuun. Siten tieto henkilöstön kompetenssiin yhteydessä olevista tekijöistä auttaa tukemaan ja kehittämään henkilöstöä siten, että hyvä hoito mahdollistuu. Tässä artikkelissa tarkastelemme, millaisena kotihoidon henkilöstö kokee kompetenssinsa ja mitkä tekijät siihen ovat yhteydessä.

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuollon tarjoamaa kotipalvelua ja terveydenhuollossa toimivaa kotisairaanhoidoa. Kotihoidon työntekijät ovat sekä iäkkäiden kotihoidossa työskenteleviä sosiaalialan koulutuksen saaneita henkilöitä, kuten kodinhoitajia ja johtavia kodinhoitajia, kotiavustajia ja kotipalveluohjaajia, että terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita, kuten sairaanhoitajia ja perushoitajia sekä heidän esimiehiään. Lähihoitajakoulutuksessa yhdistyvät sosiaali- ja terveystieteiden osaaminen. Kotiavustajien ja kodinhoitajien koulutuksen saaneet ja niitä vastaavat ammattinimikkeet ovat häviämässä vuonna 1992 toteutetun toisen asteen koulutusuudistuksen jälkeen, jolloin mm. kodinhoitajien ja perushoitajien koulutus vaihtui lähihoitajan koulutukseen. Kunnat voivat järjestää palvelut haluamallaan tavalla hallinnollisesti ja toiminnallisesti joko yhdessä tai erikseen (Kansanterveyslaki 1972/66, Sosiaalihoitolaki 182/710, Kuntalaki 1995/365). Osa kunnista on muodos-

tanut kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta yhdistettyjä kotihoidon yksiköitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistämiseen ovat vaikuttaneet pyrkimys ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä vanhusväestön kroonisten sairauksien, mielenterveysongelmien ja elämässä selviytymisen ongelmien lisääntyminen (Rintala & al. 1997).

Rajanveto käsitteiden kvalifikaatio, ammattitaito ja kompetenssi välillä ei ole aina yksinkertaista. Paula Pelttarin (1997 & 1998) mukaan työelämä asettaa henkilöstölle työn tekemiseen ja kehittämiseen liittyviä kvalifikaatiovaatimuksia, joihin ammattitaitoinen henkilöstö vastaa hankkimallaan kompetenssilla. Ydinkvalifikaatioilla tarkoitetaan keskeisiä työelämässä tarvittavia kvalifikaatioita, joita tarvitaan spesifisten, sisällöllisten ja teknisten kvalifikaatioiden oppimiseen (Palo-niemi 2004). Tarita Ruoholinnin (2000) mukaan käsitettä kvalifikaatio käytetään, kun halutaan korostaa kysymyksiä ammattitaidosta, ammattilaisuudesta, tasa-arvosta, palkkauksesta tai työvoiman laadusta tai määrästä. Käsitteellä ammattitaito (skills, professional skills) viitataan usein joko työntekijän ominaisuuksiin tai työn vaatimuksiin (esim. Pelttari 1997; Kuokkanen 2000; Taylor & al. 2000). Siihen liittyy näkemys ammatin hallinnasta tai taitamisesta.

Käsite kompetenssi (engl. competency tai competence) on moniulotteinen ja dynaaminen (Meretoja 2003, 15; Cowan & al. 2005). Suomen kielessä sen synonyyminä on käytetty myös nimitystä osaaminen (mm. Räisänen 2002). Käsitteisiin osaaminen ja kompetenssi liitetään tiedollinen, taidollinen ja kehityksellinen ulottuvuus (Ropo 1996, 9; Tabari Khomeiran & al. 2006). Tiedollinen ulottuvuus viittaa tietosisältöjen hal-

lintaan, taidollinen kykyyn toimia tietyllä tavalla ja kehityksellinen kykyyn kehittyä työssä ts. hankkia uusia tietoja ja taitoja (esim. Manley & Garbett 2000). Taito tai kyky suoriutua tehtävistä tai työn asettamista vaatimuksista sisältää myös työstä suoriutumiseen tarvittavat valmiudet ja asenteet (esim. Winskill 2000; Watson 2002; Dolan 2003; McMullan & al. 2003). Taitoon liittyvät myös aina tieto ja ymmärrys, joiden avulla tietoa sovelletaan käytäntöön (Attewell 1990).

Terveydenhuollossa puhutaan sekä kognitiivisesta että emotionaalisesta kompetenssista. Emotionaalinen kompetenssi tarkoittaa esimerkiksi kykyä hoitaa henkilösuhteita, toimia tiimien jäsenenä, johtaa ihmisiä ja tunnistaa työyhteisön emotionaalisia ristiriitoja. (Lehtonen 2000; Ramos & al. 2003.) Pekka Ruohotien ja Juhani Hongan mukaan (2003, 17) työelämässä tarvitaan paitsi kognitiivisia ja emotionaalisia valmiuksia myös tahtoon sidoksissa olevia eli volitionaalisia taitoja, jotka he jaottelevat proseduraaliseen, motivationaaliseen ja toimintakompetenssiin. Proseduraalisella kompetenssilla tarkoitetaan toimintatapoja ja taitoja, jotka ovat välttämättömiä, jotta analyttistä ja käsitteellistä ajattelukykyä voidaan hyödyntää käytännön tilanteissa. Motivationaalisella kompetenssilla he tarkoittavat kykyä tehokkaaseen vuorovaikutukseen ympäristön kanssa sekä asenteita, kuten minäarvostusta ja itseluottamusta. Toimintakompetenssilla tarkoitetaan henkilön psykologisia valmiuksia menestykselliseen suoritukseen, esimerkiksi ongelmanratkaisukykyä, kykyä kriittiseen ajatteluun sekä kykyä rakentaa tarkoituksenmukaisia toimintastrategioita. Useimmissa määritelmässä käsite kompetenssi kuvaa henkilön yksilöllisten taitojen, kykyjen ja tunteiden yhdistelmää, joka auttaa henkilöä suoriutumaan tehokkaasti ja onnistuneesti työtehtävistään (Voorhees 2001; Meretoja 2003, 15; Ruohotie & Honka 2003, 17). Sekä käsitteet kompetenssi että osaaminen ovat vakiintuneet suomalaisen kielenkäyttöön. Edellä mainittujen määritelmien mukaisesti tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstön kompetenssilla tarkoitetaan heidän työtään koskevia tietoja, taitoja ja valmiuksia.

Eri alojen hoitotyöntekijöiden kompetenssin arviointiin on kehitetty runsaasti mittareita ja välineitä, joita käytetään eri hoitotyön kompetenssiaalueilla ja eri konteksteissa. Tavallisimpia ovat erilaiset näytön antamiseen tai havainnointiin perustuvat menetelmät (mm. While & al. 1995;

Berkenstadt & al. 2006; Brosnan & al. 2006) sekä itsearviointiin (mm. Bartlett & al. 2000; Meretoja 2003; Arnez & Hasson 2006) ja vertaisarviointiin perustuvat menetelmät (Das & al. 2002; Chaves & al. 2006). Muita käytössä olevia taitojen ja kompetenssin arvioinnin tapoja ovat haastattelut (mm. Girot 1993; Tabari Khomeiran & al. 2006) ja portfoliot (mm. Forker & McDonald 1996; Girot 2000; McMullan & al. 2003).

Kognitiivisiin ja emotionaalsiin valmiuksiin vaikuttavat perinnölliset taipumukset, itsesääntely, toimintaympäristö sekä spesifisten oppimistilaisuuksien laatu ja määrä (Ruohotie & Honka 2003, 17). Työntekijöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista on tutkittu eniten iän ja työkokemuksen, vähemmän sukupuolen yhteyksiä ammattipätevyyteen. Ikä on ammatillisen kompetenssin kehittymistä helpottava, vaikeuttava tai motivaatioon yhteydessä oleva tekijä (mm. Ruoholinna 2002; Paloniemi 2004). M. Oermanin ja M. Navinin (1991) tutkimuksessa iäkkäämmät hoitajat arvioivat itse kompetenssinsa alhaisemmaksi kuin nuoremmat. Vastavalmistuneet hoitajat arvioivat yleensä kliiniset ja vuorovaikutustaitonsa hyväksi, mutta kokevat puutteita kuntoutuksen, tutkimuksen, kehittämistyön ja johtamisen taidoissaan (mm. Nikkola & al. 1992; Räisänen 2002). Hoitajaopiskelijoiden ja jatko- tai täydennyskoulutusta hankkivien kohdalla koulutuksen pituudella ja tasolla on yhteys hoitotyöntekijän kompetenssin kehittymiseen (Meretoja 2003, 21; McCormack & Slater 2006; Tabari Khomeiran & al. 2006). Joissakin tutkimuksissa työkokemus on nähty tärkeimpänä tekijänä hoitajien kompetenssin kehittämisessä (mm. Arbon 2004; Tabari Khomeiran & al. 2006). Erittymisen tärkeänä kokemusta on pidetty psykomotoristen, vuorovaikutus-, kommunikointi- ja päätöksentekotaitojen oppimisessa.

Mieshoitajat ja lääkärit arvioivat tietonsa ja taitonsa paremmiksi kuin naispuoliset kollegansa ja olivat halukkaita kehittymään työssään ja etenevään urallaan (Bakken 2003; Yang & al. 2004). Susan Eriksson-Pielan (2003) mukaan nais- ja mieshoitajiin liitetään erilaisia osaamisodotuksia, jotka perustuvat käsityksiin miesten ja naisten töistä ja sukupuolten erilaisista osaamisodotuksista. Naissukupuoli ja työkokemuksen pituus olivat positiivisessa yhteydessä hoitajien emotionaaliseen kompetenssiin (Humpel & al. 2001). Toisaalta pelkästään koulutuksen pituus, työkokemus tai teoreettinen tieto eivät ole riittäviä edellytyksiä

kompetenssin kehittymiselle, vaan pätevään työssä suoriutumiseen tarvitaan myös työmotivaatiota ja työrooliin sitoutumista (Nojima & al. 2003).

Kompetenssin kehittymistä edistävät oppimiselle otollinen kompetenssia kehittävä ympäristö ja asianmukaiset tekniset laitteet (mm. Ballard & Trowbridge 2004; Tabari Khomeiran & al. 2006) sekä toisten hoitajien ja hoitotyön johtajien tuki (Kuokkanen 2000; Miller & Blackman 2004; McCormack & Slater 2006). Optimaalisen ympäristön tai niihin aktiivisesti hakeutumisen lisäksi tarvitaan myös persoonallisia ominaisuuksia, kuten uteliaisuutta, itsensä kehittämiseen sitoutumista ja oppimismotivaatiota, sekä mahdollisuutta riittäväan vastuun ottamiseen (Kuokkanen 2000; Eraut & al. 2004; Tabari Khomeiran & al. 2006).

Kotihoidon henkilöstön osaamisen tai kompetenssin kokemisesta on olemassa hyvin vähän sekä kotimaista että ulkomaista tutkimusta. Kokeimuksella voidaan laajasti ymmärtää ihmisten aistimuksia, elämyksiä, tunteita tai koettuja tunnelmia (Varto 1995). Kotihoidon henkilöstöä koskevilla tutkimuksilla se on käsitetty kotihoidon henkilöstön näkemykseksi omasta pätevyydestään (Kadushin & Eagan 2001; Perälä & al. 2004; Cooper & Urquhart 2005). Kotihoidon henkilöstö kokee puutteellisina tietonsa tarjolla olevista tukimuodoista ja -palveluista (Perälä & al. 2004). Kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa kuitenkin kysyvät jokapäiväiseen yhteiskunnassa selviämiseen liittyviä asioita usein kotihoidon henkilöstöltä, ja varsinkin iäkkäille ihmisille kotihoidon henkilöstö on tärkeä tietolähde näissä asioissa (Cooper & Urquhart 2005). Kotihoidon henkilöstö on kokenut vaikeana myös eettisen ongelmanratkaisun. Vaikeimmin ratkaistavina eettisinä ongelmina pidetään asiakkaan mielenterveyteen liittyvien ongelmien ja tarpeiden arviointia ja päätöksiä itsemääräämisoikeudesta sekä hankittavista lisäpalveluista (Kadushin & Eagan 2001). Lisäksi on havaittu puutteita kotihoidon henkilöstön viestintäteknisissä valmiuksissa sekä perus- ja ammattikoulutuksen yhteys näihin valmiuksiin (mm. Hyppönen 2004; Lapveteläinen & al. 2006).

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta. Yksityiskohtaisina tavoitteina on tutkia,

1. eroaako kokemus omasta kompetenssista kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevällä kotihoidon henkilöstöllä,

2. mitkä henkilöstön koulutukseen, työsuhteen, työssä kehittymisen ja tuen saannin mahdollisuuksiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä kotihoidon henkilöstön näkemykseen omasta kompetenssistaan.

Aineisto ja menetelmät

Tässä artikkelissa raportoitavan tutkimuksen aineisto koostuu kotihoidon henkilöstölle vuonna 2001 suoritetusta lomakekyselystä. Kysely lähetettiin 22:n eri puolilla Suomea olevan kunnan kotihoidon kaikille työntekijöille (N = 1 890). Heistä vastasi kyselyyn 1 183 (vastausaktiivisuus 63 %). Vastausaktiivisuus sosiaali- ja terveyspalvelunsa yhdistäneissä kunnissa oli kaksi prosenttia alhaisempi kuin kunnissa, joissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat erillisissä toimipisteissä. Kysely on osa Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito -tutkimusta (Perälä & al. 2003). Kuntien valinta eteni monivaiheisesti ja siinä käytettiin hankkeen aikaisempia tutkimuksia: hallinnollisiin rekistereihin perustuvaa tietoa asiakkaiden hoitoepisodeista ja kotia sairaalaan tulleista ja sieltä kotiutuneiden asiakkaiden osuuksista (Rissanen & Noro 1999) sekä kuntien sosiaali- ja terveysjohdon ja kotihoidon ja terveyskeskussairaaloiden edustajien kyselyllä saatuja tietoja kotiutumisen ja kotihoidon palveluiden järjestämisestä (Pöyry 1999; Pöyry & Perälä 2003). Hankkeessa mukana olevista kunnista kaksi sijaitsi Pohjois-Suomessa, kaksi Itä-Suomessa, kolme Keski-Suomessa, kuusi Länsi-Suomessa ja yhdeksän Etelä-Suomessa. Tutkimuksessa mukana olleista kunnista viidessätoista kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla oli erilliset toimipisteet ja seitsemässä sosiaali- ja terveyspalvelut oli yhdistetty hallinnollisesti. Aineistosta valittiin aiempien tutkimustulosten perusteella muuttujia, jotka selittäisivät kotihoidon henkilöstön kokemusta omasta kompetenssistaan. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuollon tarjoamaa kotipalvelua ja terveydenhuollossa toimivaa kotisairaanhoidoa.

Kotihoidon henkilöstön kokemusta omista tiedoistaan kysyttiin 23 Likert-asteikollisella väittämällä (1 = erittäin huonot, 5 = erittäin hyvät tiedot). Kysytyt tietosisällöt koskivat kotihoidon henkilöstön tietoja ikääntymisen vaikutuksista mm. fyysisiin perustoimintoihin, kuten liikuntakykyyn, eritystoimintaan ja ravitsemukseen ja

nesteytykseen sekä unen ja levon tarpeeseen, aistitoimintoihin sekä psyykkisiin ja sosiaalisiin toimintoihin (taulukko 1). Lisäksi kysyttiin henkilöstön tietoja asiakkaan hoitoon liittyvistä käytänteistä, kuten työtavoista, iäkkäille saatavilla olevista palveluista ja tukimuodoista. Taitoja kysyttiin kymmenellä väittämällä, jotka koskivat mm. työn suunnittelu- ja ongelmanratkaisutaitoja, yhteistyökykyä ja arviointitaitoja. Valmiuksia kysyttiin yhdellätoista väittämällä, jotka kuvasivat henkilöstön valmiuksia vastata asiakkaiden, työyhteisön ja työntekijän itsensä asettamiin odotuksiin työn eri osa-alueilla sekä työn kehittämis- ja arviointivalmiuksia. Lisäksi kysyttiin henkilöstön tietoteknisiä valmiuksia kahdeksalla väittämällä. Väittämistä muodostettiin summamuuttujat ”tiedot”, ”taidot” ja ”valmiudet” keskiarvomenetelmällä. Näistä muodostettiin vielä muuttuja ”kompetenssi” samalla menetelmällä. Muuttujat dikotomisoitiin logistista regressiota varten siten, että arvot 1,0–3,59 saivat arvon 0 = heikot (tiedot, taidot, valmiudet tai kompetenssi) ja arvot 4,0–5,0 saivat arvon 1 = hyvät (tiedot, taidot, valmiudet tai kompetenssi). Dikotomisoinnin raja perustui summamuuttujan ”kompetenssi” keskiarvoon. Käyttämällä keskiarvoa dikotomisoinnin rajana pyrittiin suhteuttamaan kotihoidon henkilöstön yksittäisten edustajien kokemus omaan kompetenssiin toisiin tutkimusjoukon jäseniin. Selittävien tekijöiden yhteyttä kompetenssin kokemukseen tutkittiin sekä vakioimattomien että vakioitujen ristitulosuhteiden avulla. Muuttujien peruskoulutus, korkein ammattikoulutus ja tehtävänimike korreloivuuden vuoksi laskettiin kolme erillistä mallia siten, että kussakin mallissa vain yksi näistä muuttujista oli kerrallaan mukana muiden selittäjien ollessa samoja.

Kompetenssiin yhteydessä olevina tekijöinä tarkasteltiin kotihoidon henkilöstön taustatekijöitä, kuten ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, peruskoulutusta ja tehtävänimikettä. Kompetenssiin yhteydessä olevina tekijöinä tarkasteltiin myös työsuhteeseen liittyviä tekijöitä, kotihoidon henkilöstön tuen saantia, työssä vaikuttamisen mahdollisuuksia, työtä vaikeuttavia tekijöitä ja ammatillisten/tieteellisten lehtien seuraamista. Kotihoidon henkilöstön tuen saannilla käsitettiin käytännöllistä, henkistä, tiedollista ja arvioivaa tukea työtovereilta, lähimmiltä esimiehiltä sekä puolisolta tai muilta läheisiltä (16 väittämää). Työssä vaikuttamisen mahdollisuuksia arvioitiin 18 väittämällä, joiden sisällöt käsitelivät mahdollisuuksia omaan

Taulukko 1. Kompetenssi-käsitteen operationaalisointi

Muuttuja	Väittämien lukumäärä	Cronbachin alfa
Tiedot	23	0,92
ikäääntymisen vaikutuksista	15	0,92
asiakkaan hoitoon liittyvistä käytänteistä	8	0,85
Taidot ikääntyneiden hoito- ja hoivatyössä	10	0,90
yhteistoiminta asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa (3 väittämää), ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot (2 väittämää), työn suunnittelu, toteutus ja arviointi (4 väittämää), työn eettisten kysymysten tunnistaminen (1 väittämä)		
Valmiudet	18	0,88
vastata asiakkaiden, työyhteisön ja omiin odotuksiin	6	0,79
oman työn arviointiin ja kehittämiseen	5	0,85
tietotekniset valmiudet	8	0,89

ja työyhteisön kehittämiseen, omien ja työtovereiden voimavarojen hyödyntämiseen sekä mahdollisuuksia vaikuttaa työn organisointiin. Työtä vaikeuttavia tekijöitä kuvasi yhdeksän väittämää, jotka liittyivät työyksiköiden välisiin, sisäisiin ja ammattiryhmien välisiin tekijöihin.

Tulokset

Lähes puolet (47 %) kyselyyn vastanneista työntekijöistä työskenteli yhdistetyssä kotihoidossa, 41 prosenttia kotipalvelun toimipisteissä ja 12 prosenttia kotisairaanhoidon toimipisteissä. Suurin osa (74 %) kotihoidon työntekijöistä oli vähintään 40-vuotiaita. Johtavien kodinhoitajien ja kotipalveluohjaajien keski-ikä oli 45,8 vuotta, kodinhoitajien ja kotiavustajien 47,6 vuotta, osastonhoitajien, erikoissairaanhoidtajien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien 43,9 vuotta ja perus-

ja lähihoitajien 42,1 vuotta. Kotihoidon henkilökunnasta 99 prosenttia oli naisia. Koulutuksen suhteen toimipisteet erosivat siten, että kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevien peruskoulutuksen taso oli korkeampi kuin muutoin organisoidussa kotihoidossa; lähes puolella (47 %) kotisairaanhoidon, 17 prosentilla yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon ja 11 prosentilla kotipalvelun toimipisteessä työskentelevistä oli taustanaan ylioppilastutkinto. Toimipisteiden henkilöstö erosi ammattikoulutuksen suhteen samansuuntaisesti. Kotisairaanhoidon toimipisteessä työskentelevistä 75 prosentilla oli opisto- tai korkea-asteen tutkinto, yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteessä työskentelevistä 25 prosentilla ja kotipalvelun toimipisteessä työskentelevistä 12 prosentilla. Kotihoidon henkilöstö oli kokenutta: kolmasosa heistä (33 %) oli työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollossa 5–14 vuotta ja yli puolet (55 %) yli 14 vuotta.

Kotihoidon henkilöstö koki parhaimpina tietonsa apuvälineisiin liittyvistä asioista, erilaisista hoitomahdollisuuksista sekä asiakaslähtöisistä työtapoista. He pitivät vahvoina puolinaan taitojaan kohdata taustaltaan ja elämäntilanteeltaan erilaisia asiakkaita ja heidän omaisiaan/läheisiään sekä kykyjään toimia yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa. He kokivat pystyvänsä parhaiten vastaamaan asiakkaan fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Yli kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä ilmoitti pystyvänsä vastaamaan omiin ja työyhteisönsä odotuksiin sekä arvioimaan kriittisesti työtään. (Taulukko 2.) Heikoimmin hallituiksi ilmoitettiin tiedot omaisille tarjottavista tukimuodoista, eettiseen ratkaisuntekoon liittyvät taidot ja hengellisiin tarpeisiin vastaamiseen liittyvät valmiudet. Alle puolet henkilöstöstä piti hyvinä valmiuksiaan soveltaa uutta tutkittua tietoa työhönsä. Suurin osa vastaajista piti myös tietoteknisiä, erityisesti tietokoneen käyttöön liittyviä valmiuksiaan heikkoina.

Kotihoidon henkilöstön kokemukset omasta kompetenssistaan iäkkäiden hoiva- ja hoitotyössä erosivat sen suhteen, oliko kotihoito organisoinut erillisiin kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimipisteisiin. Parhaimmiksi kompetenssinsa ja sen osa-alueet, tiedot, taidot ja valmiudet, kokivat kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevät ja heikoimmiksi kotipalvelun toimipisteissä

työskentelevät. Kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevien välillä oli ainoastaan pieni ero siten, että yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevät kokivat taitonsa keskimäärin hieman paremmiksi kuin kotihoidon toimipisteissä työskentelevät. (Taulukko 3.) Sekä peruskoulutus (taulukko 4) että työssä vaikuttamisen mahdollisuudet (taulukko 5) olivat positiivisessa yhteydessä tietojen, taitojen ja valmiuksien kokemiseen.

Ylioppilastutkinnon suorittaneet kokivat kompetenssinsa iäkkäiden hoiva- ja hoitotyössä parhaimmaksi ja keski- tai peruskoulun suorittaneet heikoimmaksi (taulukko 6). Myös ammatillisen koulutuksen taso oli positiivisessa yhteydessä kompetenssin kokemukseen. Terveystieteiden ammattinimikkeillä – osastonhoitaja, erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, perus- tai lähihoitaja – työskentelevät kokivat kompetenssinsa iäkkäiden hoiva- ja hoitotyössä parempana kuin sosiaalialan nimikkeillä – johtava kodinhoitaja, kotipalveluohjaaja, kodinhoitaja tai kotiavustaja – työskentelevät.

Kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteessä työskentelevät kokivat kompetenssinsa paremmaksi kuin kotipalvelun toimipisteessä työskentelevät (taulukko 6). Ammatillehtien lukeminen oli positiivisessa yhteydessä kompetenssin kokemukseen, samoin kuin kokemus työssä vaikuttamisen mahdollisuuksista ja mahdollisuuksista saada tukea ja apua työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja läheisiltä. Työtä vaikeuttavat tekijät heikensivät kokemusta omasta kompetenssista.

Vakioitaessa selittävät tekijät kotihoidon henkilöstön kokemusta omasta kompetenssistaan selittivät parhaiten mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön sekä tieteellisten ja ammatillisten lehtien seuraaminen. Nämä tekijät nousivat merkitseviksi jokaisessa kolmessa mallissa, joissa selittävänä tekijänä mukana oli peruskoulutus, ammattikoulutus tai tehtävänimike. Muuttujia ei voitu laittaa samaan malliin, koska niiden korkeat keskinäiset korrelaatiot olisivat vääristäneet tuloksia. Näissä malleissa ylioppilastutkinto peruskoulutuksena, korkein ammattikoulutus ja tehtävänimike olivat yhteydessä oman kompetenssin kokemiseen. (Taulukko 7.)

*Taulukko 2. Kotihoidon henkilöstön tiedot, taidot ja valmiudet
(melko tai erittäin hyvät -vastausten osuus)*

	n	%
Tiedot asiakkaan hoitoon liittyvistä käytännöistä		
asiakaslähtöisistä työtavoista	868	75
saatavilla olevista lyhytaikaisista hoitomahdollisuuksista	962	83
mielenterveyspalveluista	708	61
yksityisten palveluntuottajien tuottamista palveluista	791	68
vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tuottamista palveluista	735	64
omaishoitajille tarjotuista tukimuodoista	475	41
asiakkaille ja heidän läheisilleen tarjottavista sosiaalietuuksista ja muista tukimuodoista	522	45
apuvälineistä, niiden hankinnasta ja huollosta	994	86
Taidot ikääntyvien hoito- ja hoivatyössä		
kohdata taustaltaan ja elämäntilanteeltaan erilaisia asiakkaita ja heidän omaisiaan/läheisiään	1 099	94
toimia yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa	1 075	92
etsiä ratkaisuvaihtoehtoja hoidossa ja palveluissa ilmeneviin ongelmiin yhdessä asiakkaan kanssa	979	84
tehdä hoitoon ja palveluihin liittyviä päätöksiä	874	75
suunnitella työtään asiakaslähtöisesti	1 006	87
ohjata asiakasta ja hänen omaisiaan/läheisiään	916	79
hallita työnsä kannalta keskeisimmät toimenpiteet/menetelmät	1 033	89
kirjata kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä asioita	829	72
tunnistaa asiakkaan hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä	821	71
arvioida kriittisesti asiakkaan saamaa hoitoa ja palveluita	849	73
Valmiudet hoito- ja hoivatyön ammattilaisena		
vastata asiakkaiden fyysisiin odotuksiin	905	79
vastata asiakkaiden sosiaalisiin odotuksiin	871	76
vastata asiakkaiden hengellisiin odotuksiin	464	41
vastata asiakkaiden psyykkisiin ja kognitiivisiin odotuksiin	590	53
vastata työyhteisön odotuksiin	843	74
vastata omiin odotuksiinsa työssään	888	78
hakea tietoa uusista käytännöistä työssä	761	66
soveltaa alan tutkimustietoa työssä	514	45
kehittää omaa työtään	776	68
pitää ammattitaitoaan ajan tasalla	796	69
arvioida kriittisesti omaa toimintaansa	895	78
käyttää lankapuhelimen puhelinvastaajaa	704	60
käyttää matkapuhelimen puhelinvastaajaa	748	63
käyttää matkapuhelimen tekstiviestipalvelua	663	56
käyttää telefaxia	337	29
käyttää pöytätietokonetta laitteena	377	32
käyttää pöytätietokoneen ohjelmia	286	24
käyttää kannettavaa tietokonetta laitteena	109	9
käyttää kannettavan tietokoneen ohjelmia	95	8

Taulukko 3. Kotihoidon henkilöstön kompetenssi kompetenssin osa-alueittain toimipisteen organisoitumisen mukaan

	n	ka	Keskimääräinen järjestysluku	p
Kotihoidon henkilöstön kompetenssi				
kotipalvelun toimipiste	483	3,7	551	0,000
kotisairaanhoidon toimipiste	136	3,9	745	
yhdistetyn kotihoidon toimipiste	556	3,7	586	
Kotihoidon henkilöstön tiedot				
kotipalvelun toimipiste	481	3,7	538	0,000
kotisairaanhoidon toimipiste	136	3,9	717	
yhdistetyn kotihoidon toimipiste	556	3,7	597	
Kotihoidon henkilöstön taidot				
kotipalvelun toimipiste	478	3,9	551	0,000
kotisairaanhoidon toimipiste	136	4,13	709	
yhdistetyn kotihoidon toimipiste	552	4,0	581	
Kotihoidon henkilöstön valmiudet				
kotipalvelun toimipiste	474	3,54	567	0,000
kotisairaanhoidon toimipiste	136	3,76	711	
yhdistetyn kotihoidon toimipiste	545	3,54	571	

Asteikko: 1 = erittäin huonot, 5 = erittäin hyvät.

Taulukko 4. Kotihoidon henkilöstön tiedot, taidot ja valmiudet peruskoulutuksen mukaan

Peruskoulutus	Tiedot			Taidot			Valmiudet		
	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p
Kansa- tai kansalaiskoulu	3,69	560	0,119	3,87	521	0,000	3,67	520	0,000
Keski- tai peruskoulu	3,75	600		3,99	602		3,77	599	
Ylioppilastutkinto	3,76	604		4,10	675		3,87	696	

Asteikko: 1 = erittäin huonot, 5 = erittäin hyvät.

Taulukko 5. Kotihoidon henkilöstön tiedot, taidot ja valmiudet työssä vaikuttamisen mahdollisuuksien mukaan

Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet (ka = 3,37)	Tiedot			Taidot			Valmiudet		
	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p	ka	Keski-määräinen järjestysluku	p
Huonot (1–3,36)	3,61	495	0,000	3,85	507	0,000	3,63	502	0,000
Hyvät (3,37–5)	3,83	666		4,05	646		3,86	653	

Asteikko sekä muuttujissa tiedot, taidot ja valmiudet että muuttujassa työssä vaikuttamisen mahdollisuudet: 1 = erittäin huonot, 5 = erittäin hyvät.

Taulukko 6. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemista selittävät tekijät, vakioimattomat ristitulo-suhteet (OR) luottamusväleineen (CI)

	OR	CI	p
Ikä	1,0	(0,97–1,0)	0,016
Sukupuoli			
nainen	1,0		0,699
mies	0,7	(0,19–2,62)	
Peruskoulutus			
kansa- tai kansalaiskoulu	1,0		0,000
keskikoulu tai peruskoulu	0,6	(0,45–0,85)	
ylioppilastutkinto	1,3	(0,88–1,96)	
Korkein ammattikoulutus			
opistoaste, ammattikorkeakoulu- tai tiedekorkeakoulututkinto	1,0		0,000
koulusteen tutkinto	0,4	(0,26–0,57)	
sosiaali- ja terveysalan perustutkinto	0,9	(0,68–1,29)	
ammattikoulutus tai ammatillisia kursseja	0,4	(0,30–0,62)	
muu	0,5	(0,14–1,59)	
Tehtävänimike			
johtava kodinhoitaja, kotipalveluohjaaja	1,0		0,000
kodinhoitaja	0,4	(0,22–0,83)	
kotiaavustaja	0,3	(0,16–0,66)	
osastonhoitaja, erikoissairaanhoidaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja	1,7	(0,79–3,71)	
perus- tai lähihoitaja	1,0	(0,47–1,96)	
Toimipaikan organisoituminen			
kotipalvelun toimipiste	1,0		0,000
kotisairaanhoidon toimipiste	3,1	(1,95–5,00)	
yhdistetty kotihoidon toimipiste	1,3	(0,98–1,62)	
Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa	1,0	(0,99–1,00)	0,124
Työkokemus nykyisissä tehtävissä	0,97	(0,95–0,98)	0,000
Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet	2,7	(2,45–3,46)	0,000
Mahdollisuudet tuen ja avun saamiseen	2,1	(1,77–2,56)	0,000
Työtä vaikeuttavien tekijöiden esiintyvyys omassa työssä	0,7	(0,59–0,84)	0,000
Kuinka monia tieteellisiä tai ammatillisia lehtiä seuraa			
ei yhtään	1,0		0,000
yhtä lehteä	2,0	(2,82–6,40)	
kahta lehteä	4,3	(2,82–6,40)	
kolmea–neljää lehteä	7,1	(4,17–12,06)	
viittä tai useampaa lehteä	12,2	(2,70–55,24)	

*Taulukko 7. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemista selittävät tekijät, vakioidut ristitulosuhteet (OR)
luottamusväleinen (CI)
Mallissa 1 mukana peruskoulutus, mallissa 2 mukana korkein ammattikoulutus, mallissa 3 mukana tehtävänimike*

	Malli 1			Malli 2	
	OR	CI	p	OR	CI
Ikä	1,0	(0,97–1,01)	0,401	1,00	(0,97–1,01)
Sukupuoli					
nainen	1,0		0,652	1,0	
mies	0,7	(0,15–3,24)		0,7	(0,15–3,31)
Peruskoulutus					
kansa- tai kansalaiskoulu	1,0		0,059		
keskikoulu tai peruskoulu	1,2	(0,78–1,69)			
ylioppilastutkinto	1,9	(1,11–3,20)			
Korkein ammattikoulutus					
opistoaste, ammattikorkeakoulu- tai tiedekorkeakoulututkinto				1,0	
kouluasteen tutkinto				0,5	(0,30–0,85)
sosiaali- ja terveysalan perustutkinto				1,0	(0,67–1,63)
ammattikoulutus tai ammatillisia kursseja				0,6	(0,33–1,04)
muu				0,7	(0,16–3,02)
Tehtävänimike					
johtava kodinhoitaja, kotipalveluohjaaja					
kodinhoitaja					
kotiavustaja					
osastonhoitaja, erikoissairaanhoidaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja					
perus- tai lähihoitaja					
Toimipaikan organisointuminen					
kotipalvelun toimipiste	1,0		0,357	1,0	
kotisairaanhoidon toimipiste	1,3	(0,71–2,42)		1,5	(0,77–2,79)
yhdistetty kotihoidon toimipiste	1,2	(0,91–1,70)		1,3	(0,92–1,74)
Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa	1,0	(0,97–1,02)	0,675	1,0	(0,97–1,02)
Työkokemus nykyisissä tehtävissä	1,0	(0,95–1,01)	0,139	1,0	(0,96–1,01)
Työssä vaikuttamisen mahdollisuudet	2,2	(1,57–3,03)	0,000	2,3	(1,63–3,21)
Mahdollisuudet tuen ja avun saamiseen	1,2	(0,91–1,69)	0,171	1,2	(0,89–1,66)
Työtä vaikeuttavien tekijöiden esiintyvyys omassa työssä	0,8	(0,66–1,04)	0,106	0,9	(0,68–1,08)
Kuinka monia tieteellisiä tai ammatillisia lehtiä seuraa					
ei yhtään	1,0		0,000	1,0	
yhtä lehteä	1,7	(1,05–2,64)		1,6	(0,99–2,50)
kahta lehteä	3,7	(2,27–5,99)		3,6	(2,20–5,89)
kolmea–neljää lehteä	6,3	(3,33–11,84)		6,1	(3,17–11,63)
viittä tai useampaa lehteä	4,6	(0,90–23,53)		4,3	(0,85–23,11)

Malli 3			
p	OR	CI	p
0,279	1,0	(0,97–1,01)	0,481
0,653	1,0		0,656
	0,7	(0,15–3,28)	
0,008			
	1,0		0,000
	0,8	(0,37–1,85)	
	0,5	(0,22–1,26)	
	2,9	(1,07–7,92)	
	1,6	(0,66–3,67)	
0,653	1,0		0,223
	0,6	(0,30–1,35)	
	1,1	(0,83–1,57)	
0,628	1,0	(0,96–1,01)	0,267
0,302	1,0	(0,97–1,02)	0,671
0,000	2,2	(1,59–3,15)	0,000
0,225	1,3	(0,96–1,81)	0,090
0,187	0,8	(0,65–1,03)	0,085
0,000	1,0		0,000
	1,7	(1,06–2,69)	
	3,6	(2,22–5,78)	
	5,4	(2,80–10,35)	
	4,2	(0,81–21,58)	

Pohdinta

Kotihoidon henkilöstön keski-ikä nousi viime vuosikymmenellä 38,4 vuodesta 43,1 vuoteen (Kauppinen & al. 2003). Tämän aineiston kotihoidon henkilöstön keski-ikä oli hieman korkeampi kuin alan työntekijöiden ikä koko Suomessa. Suomalaisen kotihoidossa työskentelevien perus- ja lähihoitajien keski-ikä oli vuonna 2000 tässä tutkimuksessa 42,1 vuotta ja koko Suomessa 43,1 vuotta. Sairaanhoitajien keski-ikä koko Suomessa oli vuonna 2000 38,8 vuotta ja tässä tutkimuksessa osastonhoitajien, erikoissairaanhoitajien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien keski-ikä oli 43,9 vuotta (sairaanhoitajat 44,6). Kaikkien suomalaisten kodinhoitajien ja kotiavustajien keski-ikä oli vuonna 2000 45,0 vuotta ja tässä tutkimuksessa 47,6 vuotta. Iällä ja työkokemuksella (mm. Arbon 2001; Tabari Khomeiran & al. 2006) on aiemmissa laadullisiin haastatteluihin perustuvissa tutkimuksissa nähty olevan yhteys osaamiseen. Tässä aineistossa ne eivät nousseet selittäviksi tekijöiksi. Tulosten erilaisuutta voi selittää tutkimuskontekstien, -joukkojen ja -menetelmien sekä selitettävän muuttujan operationalisoinnin erilaisuus. Esimerkiksi Susanna Paloniemi (2004) toisaalta korostaa, että työssä käytettävä osaaminen ja sen kehittäminen ovat iästä riippumattomia. Eri-ikäisten työntekijöiden osaamisen vahvuudet asettavat heidät erilaiseen asemaan suhteessa työtehtäviin. Samaan toimenkuvaan liittyvät työtehtävät vaativat erilaista osaamista. On tehtäviä, joissa selviytyminen vaatii iän ja kokemuksen kautta kertyvää kompetenssia, ja tehtäviä, joissa tarvitaan uusinta tietoa, jota on enemmän viimeksi opiskelleilla työntekijöillä.

Kotihoidon henkilöstö piti parhaimmin hallittuina vuorovaikutukseen liittyviä asioita. Ne liittyvät Ruohotien ja Hongan (2003, 17) mukaan motivationaalisen kompetenssiin. Kotihoidon henkilöstön hyvää motivationaalista kompetenssia selittää osin alalle hakeutuminen. Henkilöt, joilla on heikot vuorovaikutukselliset taidot, eivät hakeudu alalle eivätkä menesty ammatissa, jossa käytännön työn sujuminen vaatii jatkuvaa läheistä kanssakäymistä asiakkaan, hänen omaistensa ja monien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutukseen liittyvillä taidoilla käsitettiin vuorovaikutusta asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, ei vuorovaikutusta toisten sosiaali- ja terveys-

alan ammattilaisten kanssa. Heikommin hallittiin toimintakompetenssiin liitettyjä tietoja, taitoja ja valmiuksia, jotka liittyivät hoito- ja palveluprosessin hallintaan. Tällaisia olivat esimerkiksi tiedot asiakkaille ja heidän omaisilleen tarjolla olevista palveluista ja tukimuodoista, hoito- ja palveluprosessin kirjaamisen ja arvioinnin taidot sekä eettisten kysymysten tunnistaminen. Kotihoidon henkilöstön kokemus puutteellisista tiedoista ja taidoista eettistä ongelmanratkaisua vaativissa tilanteissa havaittiin myös yhdessä niistä harvoista ulkomaisista kotihoidon henkilöstöä käsittelevistä tutkimuksista, joka on olemassa (Kadushin & Eagan 2001). Myös valmiudet soveltaa alan tutkimustietoa käytännön työhön sekä tietotekniset valmiudet koettiin heikoiksi. Jotta tutkimustietoa voitaisiin soveltaa, sen on oltava saavutettavissa ymmärrettävässä muodossa. Uusin sosiaali- ja terveystieteen tutkimustieto on helpoiten saatavissa sähköisessä muodossa alan tietokannoista. Myös kotihoidon henkilöstön työtä koskevan tutkimustiedon ymmärrettävyyteen ja muotoon tulee kiinnittää huomiota, jotta se siirtyisi käytännön toimintaan. Henkilöstön heikkoja tietoteknisiä valmiuksia tulisi pikaisesti parantaa, jotta siirtyminen sähköisen potilaskertomuksen käyttöön vuonna 2007 onnistuisi.

Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevä henkilöstö koki sekä tietonsa ja taitonsa että valmiutensa paremmiksi kuin yhdistetyn kotihoidon tai kotipalvelun toimipisteissä työskentelevä henkilöstö. Tulokset tukevat näkemystä terveydenhuollon henkilöstön vahvasta professionaalisuudesta. Kompetenssin kokemuksessa heijastuu myös kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon henkilöstön kotipalvelun henkilöstöä korkeampi koulutustaso. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevistä lähes kaikki olivat saaneet jonkinasteisen terveydenhuollon ammattikoulutuksen. Positiivinen yhteys kompetenssin kokemuksen ja peruskoulutuksen välillä on nähtävissä: ylioppilastutkinnon suorittaneet kokivat kompetenssinsa paremmaksi kuin vähemmän peruskoulutusta saaneet. Selitystä perus- ja ammattikoulutuksen yhteydestä kompetenssin kokemukseen tukee myös se, että tutkittaessa kompetenssin kokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä vakioimattomien ja vakioitujen logististen regressiomallien avulla vakioimattomassa mallissa toimipaikan organisoituminen selitti vahvasti kompetenssin kokemusta. Vakioidussa mallissa, jossa olivat mukana peruskoulutus, korkein ammatti-

koulutus tai tehtävänimike, toimipaikan organisoituminen ei enää selittänytkaan kompetenssin kokemusta.

Osa kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevien kompetenssin kokemusten eroista selittyy toimenkuvien kautta; kotipalvelun työntekijöiden työnkuva koostuu enemmän perushoidosta ja iäkkäiden arjesta selviytymistä tukevista fyysisesti raskaista tehtävistä, joiden suorittaminen on usein ns. hiljaista tietoa eli työn tekemisen myötä opittua. Arjessa selviytymistä tukevat tehtävät ovat kuitenkin keskeisiä ikäihmisten kotona selviytymiselle ja myös niissä tarvitaan korkeaa ammattitaitoa, jota tulisi nykyistä enemmän arvostaa. Yhtenä selityksenä näinkin selkeille ja johdonmukaisille eroille kompetenssin kokemuksessa terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden välillä voivat myös olla terveydenhuoltohenkilöstön selkeät roolit, joiden on todettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen, työssä selviämiseen (Newman & al. 2002; Ianni & al. 2004) ja kompetenssin kehittymiseen (Nojima & al. 2003). Kompetenssin kokemusten eroja terveydenhuollon ja muiden kotihoidon ammattilaisten välillä voisi selittää myös se, että kotipalvelu ja kotisairaanhoito kohdistuvat yhä iäkkäämmille ja paljon apua tarvitseville. Tällöin palvelua saavat lähes yksinomaan jo paljon toimintakykyään menettäneet ja monisairaantuneet (Vaarama & al. 2006.) Tällainen kehitys kotihoidon henkilöstön toimenkuvassa näkyy oletettavasti kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemuksessa etenkin niillä työntekijöillä, jotka ovat saaneet koulutuksensa ennen tämän muutoksen käynnistymistä. Etenkin iäkkäämpien kotihoidon työntekijöiden tietoja, taitoja ja valmiuksia, joita tarvitaan monisairaiden ja toimintakyvyltään heikkojen iäkkäiden hoitamisessa, tulisi vahvistaa esimerkiksi kotihoidon henkilöstön lisä- ja täydennyskoulutuksen keinoin. Koulutuksessa tulisi ottaa huomioon myös muutokset kotihoidon toimintaympäristössä, esimerkiksi lisääntyvä päihdeongelmaisten asiakkaiden määrän kasvu ja maahanmuuttajavanhusten tarpeiden huomioon ottaminen. Tällaista lisäkoulutusta tarjoavat runsaasti ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmien erikoistumis- ja täydennyskoulutukset sekä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutus. Myös erityisten kotihoidon henkilöstön tarpeisiin suunnattujen täydennyskoulutusten järjestämistä tulisi harkita.

Mahdollisuudella tuen ja avun saamiseen työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja omilta läheisiltä on tämän tutkimuksen perusteella lievä positiivinen yhteys työssä olevan kotihoidon henkilöstön kokemukseen omasta kompetensistaan. Monet tutkimukset (Kuokkanen 2000; Miller & Blackman 2004; McCormack & Slater 2006) osoittavat hoitotyön johtajien ja kollegojen tuen merkitseväksi tekijäksi kompetenssin kehittämisessä hoitajaopiskelijoilla. Useissa tutkimuksissa (mm. Ballard & Trowbridge 2004; Tabari Khomeiran & al. 2006) mainitaan myös kehittävän ympäristön merkitys hoitohenkilöstön kompetenssin kehittymiselle. Tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstön mahdollisuudet omaan ja työyhteisön kehittämiseen, itsensä ja työtovereidensa voimavarojen hyödyntämiseen sekä mahdollisuudet vaikuttaa työn organisointiin (työssä vaikuttamisen mahdollisuudet) olivat yhteydessä kompetenssin kokemukseen. Näiden tekijöiden yhteys kompetenssin kokemukseen ei hävinnyt, vaikka perustai korkein ammattikoulutus, tehtävänimike tai muut testatut muuttujat vakioitiin, eli työssä vaikuttamisen mahdollisuudet selittävät itsenäisesti, muista tekijöistä riippumattomasti kotihoidon henkilöstön kokemusta omasta kompetensistaan. Mikäli henkilöstöllä on riittävästi mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, kokemus työn hallinnasta saavutetaan. Tämä puolestaan tukee kokemusta omasta osaamisesta – kompetenssista.

Halua ja mahdollisuutta kehittää itseään ja työtään kuvaa tieteellisten ja ammatillisten lehtien seuraamisen määrä. Se oli muista tekijöistä riippumaton kotihoidon henkilöstön kompetenssia selittävä tekijä. Tulostemme perusteella näyttäisi siltä, että mikäli henkilöstö seuraa kolmea tai neljää ammatillista tai tieteellistä lehteä, heidän kokemuksensa omasta kompetensistaan on paras. Muutaman keskeisimmän alan ammatilehden tilaaminen kotihoidon toimipisteisiin ei liene minäkään kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin kovinkaan suuri lisäys, kun otetaan huo-

mioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon alan paperi- ja sähköisenä versiona olevien ilmaisjakelulehtien määrä. Kotihoidon esimiesten tulisi pitää huoli siitä, että henkilöstöllä on mahdollisuus hankkia alansa uutta tietoa tätä kautta. Tämä olisi yksi suhteellisen helppo ja edullinen tapa lisätä kotihoidon henkilöstön kokemusta omasta kompetenssistaan henkilöstöä tukevan johtamisen ja kotihoidon henkilöstön tarvitseman koulutuksen lisäksi.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kotihoidon henkilöstön vahvoja puolia ovat tämän tutkimuksen perusteella sen vuorovaikutukseen ja asiakaslähtöisiin työtapoihin liittyvät tiedot ja taidot sekä valmiudet vastata asiakkaiden fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Myös valmiudet oman työn arviointiin koettiin hyväksi. Heikoimpina koettiin tiedot ja taidot ja valmiudet, jotka liittyivät hoito- ja palveluprosessin hallintaan, hengellisiin tarpeisiin vastaamiseen, tutkimustiedon soveltamiseen sekä tietotekniikan käyttöön. Perus- ja ammattikoulutus, ammatinimike sekä toimiminen kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoidon toimipisteessä olivat yhteydessä kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemukseen. Sitä selittivät parhaiten mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön sekä tieteellisten ja ammatillisten lehtien seuraaminen.

Kotihoidossa tehtävän työn arvostusta tulisi lisätä, jotta alalle saataisiin hakeutumaan nuoria, joiden koulutus vastaa muuttuneen yhteiskunnan haasteisiin. Tutkimustiedon saavutettavuutta kotihoidon henkilöstölle tulee helpottaa. Kotihoidon henkilöstö tarvitsee hoito- ja palveluprosessien hallintaan, tutkimustiedon hyödyntämiseen ja tietotekniikkaan liittyvää sekä kulttuurisen toimintaympäristön muutokseen liittyvää koulutusta. Koulutuksessa tulee ottaa erityisesti huomioon iäkkäiden työntekijöiden tarpeet.

KIRJALLISUUS

- ARBON, P.: Understanding experience in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 13 (2004): 2, 150–157
- ARNEZ, J. E. & HASSON, H.: Evaluation of an educational "toolbox" for improving nursing staff competence and psychosocial work environment in elderly care: Results of a prospective, nonrandomized controlled intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 2006. [Epub ahead of print]

doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.01.012

- ATTEWELL, P.: What is skill? *Work and Occupations* 17 (1990), 422–449
- BAKKEN, L. L. & SHERIDAN, J. & CARNES, M.: Gender differences among physician scientists in self-assessed abilities to perform clinical research. *Academic Medicine* 78 (2003): 12, 1281–1286
- BALLARD, P. & TROWBRIDGE, C.: Critical clinical experience for novice students: reinforcing basic nurs-

- ing skills. *Nurse Education Today* 29 (2004): 3, 103–106
- BARTLETT, H. & SIMONITE, V. & WESTCOTT, E. & TAYLOR, H.: A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing* 9 (2000): 3, 369–381
- BERKENSTADT, H. & ZIV, A. & GAFNI, N. & SIDI, A.: Incorporating simulation-based objective structured clinical examination into the Israeli national board examination in anaesthesiology. *Anesthesia & Analgesia* 102 (2006): 3, 853–858
- BROSNAN, M. & EVANS, W. & BROSNAN, E. & BROWN, G.: Implementing objective structured clinical skills evaluation (OSCE) in nursing registration programmes in a centre in Ireland: A utilisation focused evaluation. *Nurse Education Today* 26 (2006): 2, 115–122
- CHAVES, J. F. & BAKER, C. M. & CHAVES, J. A. & FISHER, M. L.: Self, peer, and tutor assessments of MNS competencies using the PBL-evaluator. *Journal of Nursing Education* 45 (2006), 25–31
- COOPER, J. & URQUHART, C.: The information needs and information-seeking behaviours of home-care workers and clients receiving home care. *Health Information Libraries Journal* 22 (2005): 2, 107–116
- COWAN, D. & NORMAN, I. & COOPAMAH, V. P.: Competence in nursing practice: A controversial concept-A focused review of literature. *Nurse Education Today* 25 (2005): 5, 355–362
- DAS, M. & MPOFU, D. J. S. & HASAN, M. Y. & STEVARD, T. S.: Problem-based learning Student perceptions of tutor skills in problem-based learning tutorials. *Medical Education* 36 (2002): 3, 272–278. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01148.x
- DOLAN, G.: Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *Journal of Clinical Nursing* 12 (2003), 132–141
- ERAUT, M. & STEADMAN, S. & FURNER, J. & MAILLARNET, F. & MILLER, C. & ALI, A. & BLACKMAN, C.: Learning in the professional workplace: relationships between learning factors and contextual factors. *Proceedings of the 2004 AERA Conference at San Diego* 2004
- ERIKSSON-PIELA, S.: Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 929. Tampere: Tampereen yliopisto, 2003
- FORKER, J. E. & McDONALD, M. E.: Methodologic trends in the health care professions: portfolio assessment. *Nurse Educator* 21 (1996), 9–10
- GIROT, E. A.: Assessment of competence in clinical practice: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing* 18 (1993), 114–118
- GIROT, E. A.: Assessment of graduates and diplomats in practice in the UK – are we measuring the same level of competence? *Journal of Clinical Nursing* 9 (2000), 330–337
- HUMPEL, N. & CAPUTI, P. & DIP MATH, G.: Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 8 (2001): 5, 399–403
- HYPPÖNEN, H.: Tekniikka kehittyy, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittymisestä teknologiahankkeessa. *Tutkimuksia* 134. Helsinki: Stakes, 2004
- IANNI, A. & TABOLLI, S. & REZI, C. & DI PIETRO, C.: Job satisfaction, depressive and anxiety disorders among hospital personnel at IDI Sanita, Rome. *Recenti Progressi in Medicina* 95 (2004), 245–250
- KADUSHIN, G. & EAGAN, M.: Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective. *Health and Social Work* 26 (2001): 3, 36–49
- KAUPPINEN, S. & FORSS, A. & SÄKKINEN, S. & VOUTILAINEN, P. & NORO, A.: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002. *Sosiaaliturva* 2003: 1. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Stakes, 2003
- KUOKKANEN, R.: Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitaja-koulutuksessa. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, 2000
- LAPVETELÄINEN, P. & GRÖNROOS, E. & TURUNEN, H. & PERÄLÄ, M.-L.: Tieto- ja viestintätekkniset valmiudet saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajina. *Raportteja* 3/2006. Helsinki: Stakes, 2006
- LEHTONEN, J.: Toimiva viestintä – yrityksen aineeton pääoma. S. 187–208. Teoksessa: Aula, Pekka & Hakala, Salli (toim.): *Kolmet kasvot*. Helsinki: LOKI-kirjat, 2000
- MANLEY, K. & GARBETT, B.: Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing* 9 (2000), 347–359
- McCORMAC, B. & SLATER, P.: An evaluation of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006), 135–144
- McMULLAN, M. & ENDACOTT, R. & MORAG, A. G. & JASPER, M. & MILLER, C. M. L. & SCHOLES, J. & WEBB, C.: Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 41 (2003): 3, 283–294
- MERETOJA, R.: Nurse competence scale. *Turun yliopiston julkaisuja, Sarja D* 578. Turku 2003
- MILLER, C. & BLACKMAN, C.: Learning during first three years of post registration/postgraduate employment in LiNEA project – interim report for nursing. University of Sussex and University of Brighton, 2004. http://www.sussex.ac.uk/usie/linea/report_nursing.pdf
- NEWMAN, K. & MAYLOR, U. & CHANSAKAR, B.: The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain. *Journal of Management in Medicine* 16 (2002), 271–291
- NIKKOLA, R. & KRAUSE, K. & KIIKKALA, I.: Hoitotyön käytännön valmiudet vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ja heidän osastonhoitajiensa arvioimana. *Hoitotiede* 4 (1992): 3, 125–133
- NOJIMA, Y. & TOMIKAWA, T. & MAKABE, S. & SNYDER,

- M.: Defining characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique. *Nursing and Health Sciences* 5 (2003): 1, 3–11
- OERMAN, M. & NAVIN, M.: Effect of extern experience on clinical competence of graduate nurses. *Nursing Connections* 4 (1991): 4, 31–38
- PALONIEMI, S.: Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Jyväskylä studies in education psychology and social research 253. Jyväskylä 2004
- PELTARI, P.: Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Tutkimuksia 80. Helsinki: Stakes, 1997
- PELTARI, P.: Kvalifikaatio vai kvalifikaatiovaatimus? *Futura* 1 (1998), 86–94
- PERÄLÄ, M.-L. & RISSANEN, P. & GRÖNROOS, E. & HAMMAR, T. & PÖYRY, P. & TEPERI, J.: PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27/2003. Helsinki: Stakes, 2003
- PERÄLÄ, M.-L. & RISSANEN, P. & GRÖNROOS, E. & HAMMAR, T. & PÖYRY, P. & NORO, A. & SAALASTI-KOSKINEN, U. & TEPERI, J.: Asiakkaan ohjauksmallin arviointi. Aiheita 17/2004. Helsinki: Stakes, 2004
- PÖYRY, P.: Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 1999
- PÖYRY, P. & PERÄLÄ, M.-L.: Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes, 2003
- RAMOS, K. D. & SCHAFER, S. & TRACZ, S. M.: Validation of the Fresno test of competence in evidence based medicine. *British Medical Journal* 326 (2003): 7384, 319–321
- RINTALA, T. & ELOVAINIO, M. & HEIKKILÄ, M.: Osien summa. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. Tutkimuksia 75. Helsinki: Stakes, 1997
- RISSANEN, P. & NORO, A. (toim.): Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiutumiskäytännöt. Rekisteripohjainen analyysi aivohalvauksen ja lonkkamurtumapotilaista. Aiheita 44/1999. Helsinki: Stakes, 1999
- ROPO, E.: Adult learning in working life. P. 4–11. In: Nygård, C.-H. & Kilbom, Å. (eds): Age and learning in working life. Solna: Arbetslivsinstitutet, 1996
- RUOHOLINNA, T.: Kokemus vai koulutus? Työtaitojen oppiminen kaupan eri aloilla. Turun yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan julkaisu A 192. Turku 2000
- RUOHOLINNA, T.: Terveystieteiden ikääntyvien muutoksessa. Työpoliittinen aikakauskirja 45 (2002): 3, 107–125
- RUOHOTIE, P. & HONKA, J.: Ammatillinen huippuosaaminen. Kompetenssitutkimuksen avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen, Saarijärvi: Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu, 2003
- RÄISÄNEN, A.: Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. *Annales Universitatis Turkuensis C* 178. Helsinki 2002
- TABARI KHOMEIRAN, R. & YEKTA, Z. P. & KIGER, A. M. & AHMADI, F.: Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review* 53 (2006), 66–72
- TAYLOR, R. & REEVES, B. & EWINGS, P. & BINNS, S. & KEAST, J. & MEARS, R.: A systematic review of the effectiveness of critical appraisal skills training for clinicians. *Medical education* 34 (2000), 120–125
- VAARAMA, M. & LUOMA, M.-L. & YLÖNEN, L.: Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämälaatu. S. 104–129. Teoksessa: Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006
- VARTO, J.: Filosofian taito 2–3. Helsinki: Kirjayhtymä, 1995
- WATSON, R.: Clinical competence: Starship enterprise or straitjacket? *Nurse Education Today* 22 (2002), 476–480
- WHILE, A. E. & ROBERTS, J. & FITZPATRICK, J.: A comparative study of outcomes of pre-registration nurse education programmes. *ENB Research Highlights* no. 10/1995
- WINSKILL, R.: Is competency based training/education useful for workplace training? *Contemporary Nurse* 2 (2000), 115–119
- VOORHEES, R. A.: Competency-based learning models: A necessary future. In: Voorhees, R. (ed.): Measuring what matters: Competency-based learning models in higher education. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 2001
- YANG, C.-I. & GAU, M.-L. & SHIAU, S.-J. & HU, W.-H. & SHIH, F.-J.: Professional career development for male nurses. *Journal of Advanced Nursing* 48 (2004): 6, 642–650.

ENGLISH SUMMARY

Eija Grönroos & Marja-Leena Perälä: Factors associated with the self-reported competence of home care personnel (Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät)

Home care personnel are under mounting pressure today to meet new and changing skills and competence requirements. Continuing advances in informa-

tion technology and changing ways of working have increased the need for training and education particularly among older home care workers. The level of personnel knowledge, skills and competencies is reflected in the standard of services provided to home care clients. Research into factors associated with the self-reported competence of home care personnel provides

important clues on how to support home care personnel and in this to improve the quality of care.

This study aims to find out whether there are any differences in the self-reported competence of home care personnel working in integrated home care offices and those working in separate home nursing or home help offices. We are also interested in the training and education of home care personnel, their job descriptions, opportunities for personal growth and development at work and in their access to help and support. The data were collected with questionnaires among home care personnel in 20 municipalities ($n = 1,878$). A total of 1,183 completed questionnaires were received, giving a response rate of 63 per cent.

Home care personnel had the greatest confidence in their communication and cooperation skills. They felt they were the least competent in managing care and service processes, such as registering and evaluating care and service processes, solving ethical problems, and using evidence-based knowledge and information technology in their work. Personnel working at home nursing offices had a higher level of basic and vocational education. They felt they were more competent and knowledgeable than did personnel working in home help services and integrated home help and

home nursing offices. The competence of home care personnel showed the strongest correlations with basic and vocational education, opportunities for personal growth and development at work and the number of scientific or vocational journals regularly followed by personnel.

For purposes of staff recruitment and retention it is crucial that the appreciation of the work done by home care personnel is increased. The new training curriculum for home care personnel is much better adapted to the demands of today's society than was the case in the 1990s. Evidence-based knowledge and research should be made more readily available to home care personnel. Home care personnel need more training in the management of care and service processes and in using evidence-based knowledge and information technology in their work. They also need training that focuses on the changing cultural environment. In particular, this kind of training should take into account the needs of ageing home care personnel.

KEY WORDS

Competence, home care personnel, home nursing, development at work, Finland